

UNIVERSIDAD DE SALAMANCA



Facultad de Enfermería y Fisioterapia

GRADO EN ENFERMERÍA

TRABAJO FIN DE GRADO

Tipo de trabajo: Revisión Bibliográfica Sistemática

***“MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE:
PREVENCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO”***

Nombre del estudiante: Sandra Berrocal Walias

Tutor: José Javier Gonzalo Martín

Salamanca, mayo de 2020

ÍNDICE

GLOSARIO

1.	RESUMEN	1
2.	INTRODUCCIÓN	2
3.	OBJETIVOS.....	4
4.	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA Y SELECCIÓN DE ESTUDIOS	5
5.	SÍNTESIS, ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	7
6.	CONCLUSIONES	19
7.	BIBLIOGRAFÍA	21

GLOSARIO:

AEP: Asociación Española de Pediatría.

LM: Lactancia Materna.

LME: Lactancia Materna Exclusiva.

MA: Meta-análisis.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OR: Odds Ratio.

SIDS: Sudden Infant Death Syndrome.

SMSL: Síndrome de Muerte Súbita del Lactante.

1. RESUMEN

Cuando unos padres pierden a su hijo por síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL), o por cualquier otra enfermedad, es un acontecimiento vital que va en contra de las leyes de la naturaleza y que supone un hecho dramático para el resto de la vida de sus progenitores, ya que se trata de un ser totalmente dependiente de ellos, siendo más difícil afrontar el duelo. Estos padres necesitaran apoyo por parte de familiares, amigos y en muchas ocasiones buscan a profesionales sanitarios para expresar sus emociones. En este momento el asesoramiento por parte de enfermería es de gran apoyo para los padres.

El SMSL es la principal causa de muerte en niños de un mes a un año de vida. La mayoría (90%) ocurren antes de los seis meses de vida, siendo más frecuente entre el segundo y cuarto mes.

Actualmente, se está investigando sobre este tema, pero se desconoce la causa, aunque existen varias hipótesis. Se conocen factores de riesgo y preventivos para reducir la tasa de muerte súbita del lactante.

Por ello nos hemos planteado hacer esta revisión bibliográfica, para que como profesionales de enfermería podamos recomendar a los padres llevar controles antes, durante y después del embarazo e informar sobre todos los factores tanto preventivos como de riesgo que influyen en este tema.

Palabras clave:

Muerte súbita del lactante, chupete, colecho, lactancia materna, posiciones al dormir, sudden infant death syndrome, dummy, breastfeeding.

2. INTRODUCCIÓN

El SMSL se define como: “Muerte súbita de un niño de menos de un año, que ocurre aparentemente durante el sueño y que permanece sin explicación después de la realización de una minuciosa investigación post mórtem, que incluye la práctica de la autopsia, examen del lugar del fallecimiento y revisión de la historia clínica”. ⁽¹⁾

Una de las teorías más difundidas para explicarla es la hipótesis del triple riesgo propuesta por Filiano y Kidnney, según la cual la muerte se produciría cuando en un lactante de forma simultánea inciden tres circunstancias con interacción de factores genéticos y ambientales. ⁽¹⁾



Figura 1: Recuperado de “Libro Blanco de la Muerte Súbita Infantil”, de Grupo de trabajadores de muerte súbita infantil- AEP, 3ª edición. ⁽¹⁾

En la figura 1 se puede observar que según esta hipótesis deben coincidir varios factores como: lactante vulnerable, periodo crítico del desarrollo (de 0 a 12 meses), y un factor externo de estrés. Los factores de riesgo se dividieron en dos categorías: intrínsecos (factores genéticos, polimorfismos o ambientales) y extrínsecos (dormir boca abajo/lateral, cara boca abajo, dormir en un colchón de adultos).

“Se desconoce la causa, aunque es muy probable que se deba a la disfunción de los mecanismos nerviosos de control cardiorrespiratorio. Los factores que pueden estar implicados son un fallo en el mecanismo del despertar del sueño, una incapacidad para detectar niveles elevados de CO₂ en la sangre, o una canalopatía cardíaca que afecta el ritmo cardíaco.” ⁽²⁾

Constituye la primera causa de muerte postneonatal (entre el primer mes y el año de vida) en los países desarrollados, suponiendo el 40-50% de dicha mortalidad. Su frecuencia varía geográficamente. Entre los países con tasa más alta (3 a 7 por mil nacidos vivos) se encuentran Australia (especialmente Tasmania), Nueva Zelanda e Irlanda del Norte.

Los países occidentales tienen una tasa intermedia (1 a 3 por mil nacidos vivos), mientras que Hong Kong, Japón y Suecia presentan una tasa baja (0,05 a 1 por mil nacidos vivos). ⁽³⁾

En la tabla 1 podemos observar lo que hemos mencionado anteriormente.

	Mortalidad infantil*	Mortalidad posneonatal*	SMS
Corea	5	1,0	0,56
EE. UU.	7	2,3	0,54
Alemania	4	1,4	0,43
Irlanda	4	1,1	0,38
Taiwán	5	2,4	0,35
Australia	5	1,3	0,32
Reino Unido	5	1,6	0,30
Noruega	3	1,0	0,30
Canadá	5	1,3	0,24
Suecia	3	1,0	0,23
Japón	3	1,4	0,16

* Las tasas de mortalidad se expresan en número de fallecimientos por 1000 nacidos vivos.

Tabla 1: Comparación a nivel internacional de la mortalidad infantil y la incidencia de la muerte súbita del lactante (SMSL) en 2005. (Modificado de Mei-Hwan Wu. Sudden Death in Pediatric Population. Korean Circ J. 2010; 40: 253-7). ⁽³⁾

Hay un predominio del sexo masculino en la mayoría de los estudios. La máxima incidencia se produce entre los 2 y los 3 meses de edad, siendo poco frecuentes los casos antes de las 2 semanas de vida y después de los 6 meses.

La gran mayoría de los casos ocurren entre la medianoche y las 9 de la mañana, por lo que se ha supuesto que acontecen durante el sueño. También predominan los casos acaecidos en los meses fríos y húmedos (doble incidencia), respecto a los cálidos y secos, tendencia que también muestra, en menor grado, el resto de la mortalidad postneonatal. ⁽³⁾

3. OBJETIVOS

El **objetivo principal** de este trabajo es llevar a cabo una búsqueda y síntesis bibliográfica, que nos permita conocer con exactitud algunos de los factores de riesgo o preventivos en relación con la muerte súbita del lactante y poder como profesionales sanitarios, asesorar a los padres acerca de este tema. Nos basaremos en los estudios realizados en los últimos años.

Objetivos específicos:

Los objetivos que nos planteamos en esta revisión bibliográfica son los siguientes:

1. Identificar si el uso del chupete es un factor protector frente a la muerte súbita del lactante.
2. Analizar si la lactancia materna influye como factor protector frente al síndrome de la muerte súbita del lactante.
3. Analizar si el colecho influye en el síndrome de la muerte súbita del lactante.
4. Identificar cuáles son las posiciones al dormir que previenen o aquellas que favorecen la aparición de la muerte súbita del lactante.

4. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA Y SELECCIÓN DE ESTUDIOS

Para la realización de esta revisión bibliográfica, se procedió a buscar documentación en fuentes especializadas en el tema con la mejor evidencia disponible, entre las que se encuentran la Asociación Española de Pediatría (AEP), American SIDS institute, la OMS.

Las principales bases de datos empleadas para dar respuesta a los objetivos del estudio fueron: Dialnet Plus, Pubmed, Google académico, Academia Search Complete, Biblioteca Virtual en Salud.

Mediante operadores booleanos como “and”, “or” y junto con palabras claves como: Muerte súbita del lactante, colecho, infancia, salud, chupete, posiciones para dormir, lactancia materna, se encontraron gran cantidad de artículos, de los cuales se escogieron algunos y otros se eliminaron. También se utilizaron algunos en inglés como: sudden infant death, pacifier and sudden death, bedsharing, SIDs.

La información presente la hemos recogido de diferentes bibliotecas de la Universidad de Salamanca, entre las que se encuentra la Biblioteca de la Facultad de Enfermería y Fisioterapia.

Dicha búsqueda bibliográfica se realizó entre octubre de 2019 y abril 2020.

Los criterios de inclusión para la elección de artículos fueron:

- **Fecha de actualidad:** todos los artículos utilizados son aquellos que su fecha de actualidad no supera los diez años.
- **Edad del paciente:** al tratarse de muerte súbita del lactante, se excluyeron aquellos artículos que mencionaban la muerte producida por encima del año de vida.
- **Idioma de publicación:** en español y en inglés.

Tras aplicar los límites mencionados, se seleccionaron 17 documentos: de ellos, 5 tratan sobre el uso del chupete, 4 fueron revisados sobre la lactancia materna, 5 sobre el colecho, 3 artículos fueron utilizados sobre las posiciones del lactante al dormir. Para la introducción obtuvimos las definiciones del “Libro blanco de la muerte súbita infantil”, de la Asociación Española de Pediatría. Además, hemos utilizado la última versión del síndrome de muerte súbita del lactante, del manual MSD.

Las bases de datos de donde obtuvimos los resultados resumidas en la tabla 2 son las siguientes:

<i>Fuentes de Datos.</i>	<i>Palabras clave.</i>	<i>Limitaciones.</i>	<i>Artículos encontrados.</i>	<i>Artículos revisados.</i>	<i>Artículos empleados.</i>
<i>Dialnet plus</i>	Muerte Súbita del Lactante	Textos completos. Rango de años: 2010-2019.	16	7	5
<i>Pubmed</i>	(Pacifier use) and (sudden infant death syndrome)	Fecha de publicación: últimos 5 años. Texto completo.	34	6	4
<i>Cuiden Plus</i>	Muerte súbita lactante	Fecha de publicación: Desde 2015 hasta 2020. Texto Completo.	9	5	2
<i>Libros</i>	Libro blanco de la Muerte Súbita Infantil.				
<i>Páginas Web</i>	Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. American SIDS institute. Formación Médica Continuada en Atención Primaria. Volumen 24, Issue 2, February 2017. Pages 88-90.				
<i>Google Académico</i>	Muerte Súbita Lactante	Texto completo. Desde 2012.	5000	10	3

Tabla 2: Tabla resumen de las diferentes fuentes de datos utilizadas.

5. SÍNTESIS, ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Para dar respuesta a los objetivos marcados, hemos realizado una revisión bibliográfica de varios artículos que tratarán de responder los objetivos que nos hemos planteado.

Como hemos comentado anteriormente hemos revisado los siguientes artículos para el **primer objetivo**:

A. Uso del chupete es un efecto protector frente al SMSL.

El chupete calma el llanto del bebé ayuda a conciliar el sueño, reduce el dolor en procedimientos desagradables, otros beneficios están asociados con su efecto analgésico y con el estímulo de la succión. Además, estudios recientes se plantean si el uso del chupete disminuye el riesgo de muerte súbita del lactante.

Psaila K., Foster J.P., Pulbrook N., Jeffery H.E., ⁽⁴⁾ realizaron varios estudios con el objetivo de determinar si el uso del chupete durante el sueño reducía el riesgo de este síndrome y después de realizar varias búsquedas llegaron a la conclusión de que no se encontraron pruebas aleatorias de ensayos de control para apoyar o refutar el uso del chupete.

Mena Tudela D., Sánchez Reolid J., ⁽⁵⁾ elaboraron una revisión de varios artículos en diferentes bases de datos, obtuvieron 1898 artículos totales, a los que aplicaron criterios de inclusión y exclusión y finalmente incluyeron en la revisión 44 artículos que tratan sobre cuidados y recomendaciones sobre el uso del chupete, el 7% y el 93%, sobre los efectos derivados del uso del chupete.

De los 41 artículos que tratan sobre el efecto derivado de su uso, el 19.5% (n=8), tratan sobre el sueño y el 19.5% (n=8) sobre la lactancia materna (LM).

Estos autores como resultado obtuvieron que el uso del chupete provoca alteraciones bucodentales, a partir de los 6 meses de edad puede producir otitis media, falta de mantenimiento y precoz abandono de la LM, disminución de la producción del sonido del habla e incluso la instauración del hábito tabáquico en la adolescencia y adultez. En cuanto a los efectos beneficiosos, se observó que el uso del chupete es un factor protector frente al SMSL durante el sueño y la aparición de sobrepeso y obesidad en

la adolescencia. A su vez el uso del chupete sirve para estimular el reflejo de succión en situaciones en las que este está poco desarrollado.

Dichos autores, además de permitirnos conocer los efectos perjudiciales y beneficiosos sobre el uso del chupete elaboran recomendaciones que permiten a los profesionales sanitarios dar consejos.

Möllborg P., ⁽⁶⁾ publicó en 2016 un artículo que comenta que el uso del chupete cuando el bebé va a dormir reduce el riesgo de SMSL, pero, no existe una explicación causal aceptada que lo explique. Una deducción es que la succión activa de los músculos de la boca y la faringe mantiene la permeabilidad de las vías aéreas superiores. Otro mecanismo podría ser que el chupete mantenga la vía aérea abierta mecánicamente, una teoría posible sería que modifica el control autónomo cardíaco del bebé durante el sueño. Muchos autores piensan que hay alguna relación entre el uso del chupete y la duración menor de la LM, pero se ha visto en varios meta-análisis (MA) que no influye en ello, aunque se recomienda empezar una vez que se haya establecido. En este artículo concluyen que tanto la LM como el uso del chupete reducen el riesgo.

Navío, C., Miranda M.D., Rodríguez, V., ⁽⁷⁾ en sus estudios explican que realmente se desconoce cómo actúa el chupete en la protección del SMSL. Se postularon distintos mecanismos: podría evitar la posición de dormir en prono, protegería la permeabilidad de la vía aérea superior, disminuiría el reflujo gastroesofágico y disminuiría el umbral del despertar, pero de momento todas las anteriores son hipótesis.

También afirman que no tiene ninguna influencia perjudicial en el desarrollo y progreso de la LM, cuando ya ha sido establecida. Pero el uso del chupete presenta efectos secundarios como: la disminución de la LM que aún no se haya instaurado, la maloclusión dental, el riesgo de accidentes.

Toda esta información debe ser conocida por los profesionales sanitarios, para que así podamos dar a conocer a los padres información sobre la evidencia de los beneficios e inconvenientes y que ellos adopten las decisiones correspondientes.

Para finalizar, dichos autores, obtuvieron como resultado que el uso del chupete se ha asociado con menor riesgo de SMSL. Además, es posible que pueda reducir la influencia de otros factores de riesgo en relación con el entorno del lactante.

Rachel Y.M., Kawai O., Tanabe., et al., ⁽⁸⁾ en varios estudios realizados comentan que el uso del chupete reduce el riesgo de muerte súbita del lactante aproximadamente un 70%. Estos autores llevaron a cabo un caso-control con una serie de pacientes que lo usaban y otro grupo que no usaban.

Se llegó a la conclusión, que aquellos que no usaban chupete, la posición de sueño prono, el tabaquismo materno y el uso compartido de la cama se asociaron a un mayor riesgo de SMSL, mientras que la LM fue asociada a una disminución del SMSL.

Mientras que si él bebe usaba chupete y se asocia dormir en posición prono, tabaquismo materno y colecho se reduce la probabilidad de este síndrome. Como se puede observar en la tabla 3.

	Did not use pacifier			Used pacifier			<i>P</i> value for difference in OR**
	Case	Control	aOR (95% CI)*	Case	Control	aOR (95% CI)*	
<i>Last sleep position</i>							
Back/side	91	111	2.15 (1.33–3.46)	19	55	0.35 (0.18–0.67)	0.76 NS
Prone	130	64		19	28		
<i>Smoking during pregnancy</i>							
No	117	146	3.69 (2.15–6.34)	17	65	0.28 (0.15–0.53)	0.81 NS
Yes	104	31		22	18		
<i>Bedsharing***</i>							
No	106	118	1.69 (1.01–2.82)	22	62	0.28 (0.15–0.52)	0.55 NS
Yes	115	58		17	21		
<i>Ever breastfed</i>							
No	169	80	0.32 (0.16–0.64)	36	50	0.35 (0.20–0.60)	0.19 NS
Yes	52	97		3	33		
<i>Soft sleep area</i>							
No	111	144	2.97 (1.78–4.96)	22	66	0.37 (0.21–0.66)	0.43 NS
Yes	110	33		17	17		
<i>Pillow Use</i>							
No	165	153	2.69 (1.49–4.84)	27	71	0.27 (0.16–0.47)	0.26 NS
Yes	56	24		12	12		

* Adjusted for maternal age, marital status, maternal education, and adequacy of prenatal care (Kessner index)

** The *P* value for the interaction between pacifier use and the variable of interest

*** Also adjusted for maternal smoking during pregnancy

Tabla 3: Factores de riesgo del SMSL con o sin el uso del chupete. ⁽⁸⁾

Sin embargo, la conclusión del estudio fue que el uso del chupete puede ayudar de forma adicional a reducir el riesgo de muerte súbita en niños con alto riesgo o en entornos de sueño adversos.

La revisión para el **segundo objetivo** planteado ha sido la siguiente:

B. Si la **lactancia materna** influye como factor protector frente al SMSL.

“La leche humana es el alimento de elección durante los primeros 6 meses de la vida para todos los niños, incluidos los prematuros y los niños enfermos. Los recién nacidos deben alimentarse al pecho lo antes posible, preferiblemente durante las primeras horas.”⁽⁸⁾

Ofrece protección inmunológica al bebé ante un gran número de infecciones, sobre todo las respiratorias. A largo plazo los bebés no amamantados padecen con más frecuencia alergias, asma, Diabetes Mellitus, obesidad, dermatitis atópica... etc.

Buñuel Álvarez J.C., Cuervo Valdés J.J.,⁽⁹⁾ realizaron una revisión sistemática con meta-análisis (MA), seleccionaron varios estudios de casos-control que recogían información sobre el tema que nos hemos planteado en el objetivo. Aplicando los criterios de inclusión que fueron los siguientes: 1. Definición apropiada de SMSL; 2. Autopsia realizada en más de 98% de los casos; 3. Descripción adecuada de la constatación de muerte súbita del lactante en la población estudiada; 4. Controles apareados con adecuada descripción del proceso de la selección de los mismos; y 5. Inclusión de datos suficientes para calcular la odds ratio (OR) y sus intervalos de confianza del 95% (IC 95%) se quedaron con 18 estudios de 288 artículos encontrados que cumplieran con los criterios. Se extrajeron datos sobre la LM y si era exclusiva o parcial y también sobre la duración de esta. Evaluaron tres situaciones:

- LM (parcial o exclusiva) de cualquier duración incluyendo LM al alta hospitalaria.
- LM (parcial o exclusiva) de duración mayor o igual a 2 meses.
- LM exclusiva (LME) sin tener en cuenta la duración.

Los resultados que obtuvieron sobre la LM es que es un efecto protector y el efecto es mayor cuando es exclusiva. La recomendación de amamantar debería incluirse en los mensajes destinados a reducir el riesgo, y nosotros como profesionales de enfermería deberíamos fomentar y dar a conocer los beneficios de amamantar al bebé.

Alm B., Wennergren G., Möllborg P., Lagercrantz H., ⁽¹⁰⁾ elaboraron una revisión bibliográfica entre 2012 y 2013 sobre los efectos de la LM y el uso del chupete en el SMSL. Identificaron 4343 artículos. Revisaron 260 sobre los LM y SMSL, y 35 se consideraron relevantes para la pregunta de investigación. Sobre el uso del chupete y SMSL revisaron 112 artículos y 27 fueron considerados importantes. Sobre el uso del chupete y la LM, revisaron 301, de los que se quedaron con 59.

En la figura 2 podemos observar un resumen de todos los artículos encontrados y los artículos seleccionados.

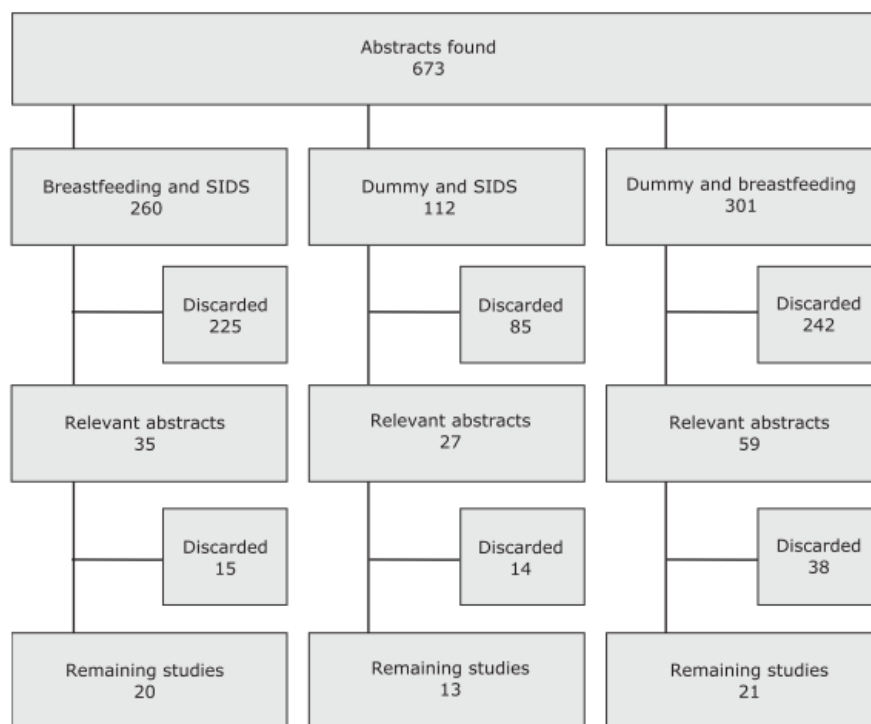


Figura 2: Diagrama de flujo que muestra en número de resúmenes y artículos revisados. ⁽¹⁰⁾

Después de realizar toda esta revisión observaron que en 10 estudios la LM tenía efecto protector, mientras que en los otros 7 no se encontraron efectos protectores. Los tres MA que identificó la búsqueda mostraron que tenía un efecto protector.

Además, observaron en varios estudios que el uso del chupete reducía el riesgo de muerte súbita, encontraron que en 11 estudios el uso del chupete reducía al 50% el riesgo.

En cuanto a la relación entre el uso del chupete y la LM, observaron una correlación negativa en los 14 artículos publicados entre 1999 y 2012. Un MA no observó ninguna asociación negativa. Sin embargo, se han realizado 5 estudios controlados aleatorios,

en 4 de ellos no encontraron que el uso del chupete redujera la duración de la LM, mientras que, en uno, sí que se observó que aumentó el riesgo de sufrir un destete temprano.

Como conclusión, estos autores obtuvieron que la LM tiene efecto protector, aunque el mecanismo aún no está claro. La explicación más común es que las infecciones virales aumentan el riesgo y que la LM tiene efecto protector frente estas infecciones. Estudios recientes muestran que el uso del chupete no es tan perjudicial para la LM como se creía anteriormente.

Hauck F. R., Thompson J.M.D., K. Tanabe K.O., et al., ⁽¹¹⁾ ejecutaron un MA para medir la asociación entre la LM y el SMSL. Identificaron 288 estudios sobre el tema elegido mediante búsquedas online, obtuvieron 24 casos-contróles y se excluyeron 6 estudios. Al final obtuvieron 18 estudios para realizar el análisis.

Los 18 estudios revelan que la LM, en cualquier medida y de cualquier duración es un factor protector, siendo mayor cuando la LME.

Como recomendaciones dicen que debe ser exclusiva durante al menos 4 a 6 meses y debe continuarse hasta que el bebé tenga al menos 1 año.

Thompson J.M.D., Tanabe K.O., Moon R.Y., et al., ⁽¹²⁾ desarrollaron un MA de 8 casos-control para ver la asociación entre la LM y su duración y si es efecto protector frente SMSL.

Como resultados obtuvieron que aquellas que amamantaron a sus hijos solamente durante 2 meses o menos obtuvieron un OR: 0.61 y aquellas madres que amamantaron durante 2-4 meses, obtuvieron un mayor efecto protector (OR:0,25). La LM exclusiva durante más de 4 meses proporciona un efecto mayor en la protección (OR: 0.16).

Como resumen de los resultados obtenidos observamos que: la duración de al menos 2 meses parece ser necesaria para tener un efecto protector significativo, con una reducción a la mitad del riesgo. Este beneficio se incrementa a medida que aumenta la duración.

Pero estos autores dicen que cualquier LM ya sea parcial o exclusiva brinda protección. Por lo que hay que concienciar a las madres que deberán amamantar a sus hijos al

menos durante los dos primeros meses y si es posible durante más tiempo ya sea con LME o parcial.

Para dar respuesta al **tercer objetivo** que nos hemos planteado hemos revisado varios artículos:

C. Como influye **el colecho** en el SMSL.

El Colecho se define como la práctica de compartir la cama de los adultos, generalmente los padres con los hijos, durante los periodos de sueño. Puede ser habitual o esporádico.⁽¹³⁾

Landa Rivera L., et al.,⁽¹³⁾ realizaron una revisión de distintos artículos en relación con el colecho y el SMSL. Muchas organizaciones pediátricas recomiendan evitar el colecho porque está relacionado por un factor de riesgo, pero se basan en estudios no rigurosos: no incluyen grupos control y no tienen en cuenta factores de riesgo.

Estos autores citan varios estudios para dar respuesta a los objetivos marcados, el primero fue el “*Chicago Infant Mortality Study*”, de **Hauck F.R.** et al, se obtuvo que la práctica del colecho por otras personas que no son los padres aumenta el riesgo.

El segundo estudio corresponde a un estudio caso-control, que compara 80 casos, con dos grupos control (un grupo control elegido al azar y otro con factores de riesgo conocidos), este estudio demostró que el consumo de drogas o alcohol y el colecho aumenta el riesgo, mientras que, el colecho practicado solo tiene un efecto protector para el SMSL, especialmente si se realiza en una cama. Este efecto protector fue mayor cuando las madres no fumaban y al aumentar la edad del niño.

El tercer estudio se basa en una revisión retrospectiva de 244 casos, que tuvieron lugar en New Jersey entre 1996 y 2000. En 93 de estos casos se había practicado colecho, pero solamente en 5 de ellos, el colecho era el único factor de riesgo. Por lo que se saca como conclusión, que el colecho cuando se acompaña de otros factores de riesgo como, tabaquismo materno, posición en decúbito prono, prematuridad, aumentan el riesgo.

Por último, el cuarto estudio que revisaron fue de **Carpenter**, en el que encontró que el colecho en las madres fumadoras presenta un Odds Ratio de 17,7 (IC 95%: 10,3: 30,3), mientras que para las madres no fumadores no es significativo, 1,56 (IC 95%: 0,91-2,68).

Como conclusión los autores de esta revisión bibliográfica encontraron que el colecho es una práctica beneficiosa para la lactancia y bien practicado no guarda relación con la muerte súbita del lactante. Recomiendan como alternativa al colecho cuando exista algún factor de riesgo, la práctica de la cohabitación con la cuna del bebe cercana a la cama de los padres.

Para la Asociación Española de Pediatría, ⁽¹⁴⁾ el colecho es una práctica beneficiosa para el mantenimiento de la LM, pero también se considera un factor que aumenta el riesgo, por lo que no se debe recomendar el colecho en:

- Lactantes menores de tres meses.
- Prematuridad y bajo peso al nacer.
- Padres que consuman alcohol, tabaco, drogas.
- Situaciones de cansancio, como el postparto inmediato.
- Colecho sobre superficies blandas, colchones de agua, sofá o sillones.
- Compartir la cama con otros familiares, con otros niños o con múltiples personas.

Möllborg P., et al., ⁽¹⁵⁾ investigaron las circunstancias ambientales asociadas con el SMSL, analizaron los datos de la población sueca desde 2005 hasta 2011.

Diferenciaron entre SMSL y muerte súbita inesperada de la infancia (o en inglés, SUDI: sudden unexpected deaths in infancy).

El SMSL se define como la muerte de un bebé que no puede explicarse, a pesar de una investigación exhaustiva del caso, incluida la investigación de la escena de la muerte, la autopsia y la revisión de la historia clínica.

La muerte inesperada en la infancia (o sus siglas en inglés, SUDI), es un término utilizado para describir cualquier muerte súbita e inesperada, ya sea explicada o inexplicada, incluido el SMSL, que ocurre durante el primer año de vida.

En dicho estudio, dichos autores incluyeron a todos los bebés suecos sometidos a autopsia hasta el año de edad. De los 261 bebés, 136 fueron definidos como SMSL y 125 como muerte súbita inesperada en la infancia. Durante el estudio se pudo observar que compartir la cama y dormir en posición prono eran causas más comunes en SMSL que en muerte súbita inesperada en la infancia. En cambio, la bronconeumonía, otras infecciones y anomalías congénitas fueron más comunes de muerte súbita inesperada en la infancia.

En la tabla 4 se puede observar cómo desde el primer mes de vida hasta los 6 meses predomina el SMSL, teniendo la mayor incidencia entre los 2 y 4 meses de edad.

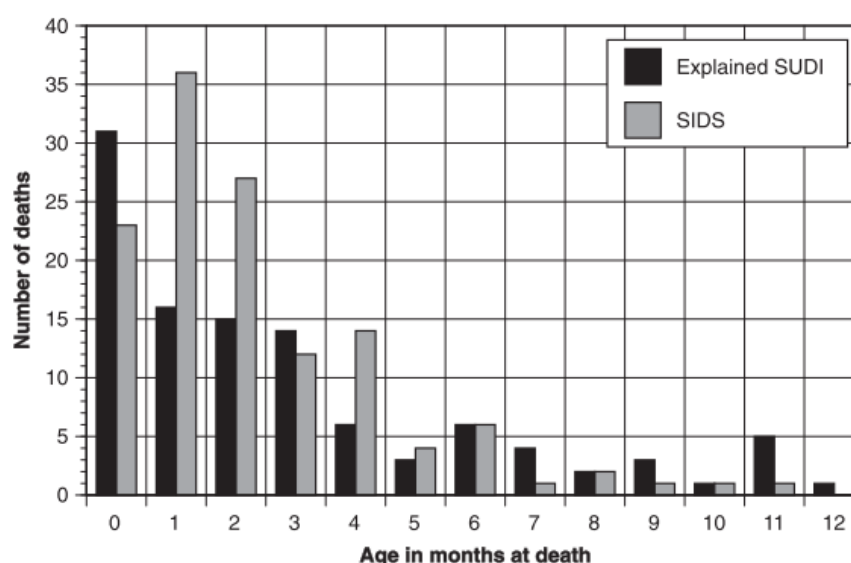


Tabla 4: Comparación de la edad al morir de SMSL y muerte súbita inesperada en la infancia en Suecia desde 2005 a 2011. ⁽¹⁵⁾

Ortega Páez E., et al., ⁽¹⁶⁾ elaboraron una combinación de los datos de cinco estudios de casos-controles realizados entre los años 1987 y 2003 con el objetivo de determinar si el colecho aumenta el riesgo de SMSL cuando ninguno de los padres fuma y el niño recibe LM. Para los casos, se consideró colecho cuando uno o ambos padres dormían en la misma cama que el niño y lo encontraron fallecido con ellos en la cama y para los controles, se consideró colecho cuando el día de la entrevista los padres se habían

despertado en la cama con el niño. Evaluaron el hábito tabáquico de los padres, el consumo de alcohol, drogas, la edad, el sexo, la postura del niño al acostarlo.

Como resultado obtuvieron que el colecho aumenta el riesgo de muerte súbita del lactante incluso si los padres no fuman y en ausencia de consumo materno de alcohol o drogas. La presencia de otros factores de riesgo añadidos aumenta considerablemente el riesgo.

Además, si ninguno de los padres fuma, dormir con los padres se asociaba con SMSL en las primeras 15 semanas de vida. Bebes amamantados, boca arriba, con padre no fumadores y sin otros factores de riesgo, la tasa aumenta 2.7 veces si comparten la cama.

Con la evidencia disponible no podemos afirmar que el colecho sea una práctica segura, sobre todo en menores de tres meses. Coincidiendo con la Academia Americana de Pediatría, se debe recomendar que los lactantes menores de tres meses duerman en sus cunas en la misma habitación que los padres.

Carpenter. R., Mc Garvey C., et al., ⁽¹⁷⁾ realizaron un estudio de casos-control sobre los hábitos de dormir en el hogar que tenían los bebés en 19 estudios en Europa y Australia. Como resultados se obtuvieron que el riesgo de compartir la cama disminuye con el aumento de la edad infantil. El tabaquismo y el consumo de alcohol aumentan considerablemente dicho riesgo.

Como conclusión los autores de este estudio dicen que se podría lograr una reducción de las tasas, si los padres evitaran compartir la cama.

Para dar respuesta al **cuarto objetivo** propuesto:

D. Cuáles son las **posiciones al dormir** que previenen o aquellas que favorecen la aparición de la muerte súbita del lactante hemos revisado varios artículos:

Adams S.M., et al., ⁽¹⁸⁾ comentan que la posición al dormir es un factor de riesgo muy fuerte en el SMSL. La posición en decúbito prono y lateral son significativamente más peligrosas que la posición supina. Aumenta el riesgo de hipercapnia, hipoxia, e hipertermia durante el sueño y el riesgo se incrementa más del doble que en decúbito supino.

Esta recomendación para que los bebés duerman en decúbito supino se aplica a todos los bebés de hasta un año, o hasta que el bebé pueda rodar de la posición supina a prono y viceversa. Los bebés que ruedan a la posición prono no necesitan ser reubicados. Aunque el decúbito prono reduce el reflujo gastroesofágico, el riesgo de muerte súbita del lactante es mayor.

Pero uno de los efectos de la posición de decúbito supino para dormir es la plagiocefalia (aplanamiento del occipucio del niño con asimetría facial), casi 1 de cada 5 bebés en EE. UU. lo presentan. En este caso si los bebés lo presentan se recomienda ponerle la cabeza mirando en direcciones alternas cada vez que duerman, posición de decúbito prono, pero con vigilancia y cuando el bebé está despierto mantenerlo en posición vertical.

Cinta Palomo I. M., et al., ⁽¹⁹⁾ realizaron una búsqueda bibliográfica desde 2010 a 2017 para establecer medidas preventivas a partir de factores de riesgo modificables. Entre los factores ambientales se encuentra la postura durante el sueño, según estos autores dicen que es el principal factor de riesgo modificable. Se recomienda el decúbito supino, ya que en las posiciones prono o lateral el lactante reacciona peor a los estímulos negativos. El decúbito lateral tiene menos riesgo que el decúbito prono pero el doble que la postura de supino. El único problema de dormir en decúbito supino es la plagiocefalia funcional, hecho que se resuelve de forma espontánea y no afecta a su desarrollo. Existen situaciones en las que dormir en decúbito supino están contraindicadas, como en el caso de malformaciones craneales, evidencia de

obstrucción de vía aérea y si el reflujo gastroesofágico es muy patológico. Años atrás se recomendaba la posición de decúbito lateral o prono en lugar del supino, para evitar el atragantamiento, pero actualmente se ha observado que, llevando a cabo esta práctica, ha disminuido en un 30-50% la muerte súbita del lactante.

El decúbito prono puede aceptarse mientras el bebé está despierto y bajo supervisión.

Se ha visto que la incidencia de muerte súbita del lactante se ha reducido gracias al desarrollo de campañas de prevención para los padres. Como profesionales sanitarios debemos formar a los padres sobre los factores de riesgo modificables y preventivos con el objetivo de disminuir el SMSL.

Sánchez Ruiz-Cabello F.J., et al., ⁽²⁰⁾ revisan las recomendaciones y actividades preventivas para el SMSL. Dentro de los factores ambientales, el principal factor de riesgo modificable es la postura del lactante en la cuna. El decúbito prono durante el sueño se ha asociado con el SMSL en múltiples estudios. En los estudios realizados sobre las posiciones al dormir del lactante, se obtiene que la OR para el riesgo de SMSL de la postura en decúbito supino respecto al prono oscila entre 2,3 y 13,1. Se ha conseguido disminuir la tasa de mortalidad entre un 30-50%, evitando la postura de decúbito prono al dormir.

El decúbito lateral también presenta mayor riesgo (6,57 veces) que el decúbito supino. A pesar de que en decúbito supino duermen menos los lactantes y presentan más despertares es la postura que se recomienda.

El único problema que ha presentado el decúbito supino es la plagiocefalia postural, para prevenirla se recomienda que cuando el bebé este despierto puede permanecer en decúbito prono bajo supervisión, otra posición para prevenirla es cambiar la posición de apoyo de la cabeza sobre la cuna con frecuencia.

Las principales recomendaciones actuales para la prevención se basan en actuar frente a los factores de riesgo modificables. Excepto la posición al dormir que modifica actitudes y disminuye casos, el resto de las intervenciones no han demostrado aún beneficio según dichos autores.

6. CONCLUSIONES

Las conclusiones que hemos obtenido en dicho trabajo, para dar respuesta a los objetivos que nos hemos marcado al principio del mismo han sido las siguientes:

1. Si **el uso del chupete** es un factor protector frente al SMSL. De las 4 fuentes consultadas, solo una publicación ⁽⁴⁾ concluye que no hay pruebas de ensayos de control para apoyar que el uso del chupete previene el SMSL. El resto de los artículos llegan a la conclusión de que el chupete presenta efectos beneficiosos a la hora de dormir, previniendo el síndrome, teniendo también algunos efectos perjudiciales si no se retira antes del año. Además, el uso del chupete sirve para tranquilizar al bebé y estimular el reflejo de succión en bebés que no lo presentan.
2. Analizar si la **lactancia materna** influye como factor protector frente al SMSL: los cuatro artículos empleados llegan a la misma conclusión y es que según todos los autores la LM presenta un efecto protector. Además, afirman que la lactancia no necesita ser exclusiva para conferir esta protección, pero esta tiene un efecto protector mayor.
3. Como influye **el colecho** en el SMSL. De las cinco fuentes empleadas para esta revisión, Landa Rivera L., et al., ⁽¹³⁾ confirman que no existe evidencia científica para desaconsejar el colecho en bebés con ausencia de factores de riesgo, por otra parte, Ortega Páez E., et al., ⁽¹⁶⁾ desaconsejan totalmente el colecho ya que aumenta el riesgo, aunque los padres no sean fumadores ni consuman drogas, además de incrementar el riesgo si se añade algún factor de riesgo de muerte súbita. La mayoría de los autores coinciden en que la cohabitación (que los bebés duerman cerca de la cama de sus padres, pero no en la cama de ellos), previene el SMSL. El riesgo se incrementa si el colecho se realiza con personas que no son sus padres.
4. Cuáles son las **posiciones al dormir** que previenen o aquellas que favorecen la aparición de la muerte súbita del lactante. Anteriormente se pensaba que la posición de decúbito prono era la mejor posición para el sueño del lactante, pero después de varios estudios se ha comprobado que el decúbito supino, disminuye la tasa, exceptuando en algunas patologías en las que está contraindicado, actualmente, hay que aconsejar e informar a las familias de que

la posición que deben adquirir los bebés a la hora de dormir es el decúbito supino.

Como **conclusión general** hemos obtenido que, haciendo caso a las recomendaciones de prevención de la muerte súbita del lactante (uso del chupete durante el sueño hasta el primer año, promover la LM y si es LME hasta los 6 meses mejor, cohabitación (compartir habitación en vez de la cama) en vez de colecho durante los 2-4 primeros meses que es cuando más casos de muerte súbita hay, posición en decúbito supino al lactante durante el sueño) disminuyen muchos casos. Siendo las posiciones al dormir el factor que más fuerza tiene en la prevención, aunque, si se aplican todos estos factores en conjunto, mejorarán las cifras.

Como profesionales de enfermería debemos recomendar y dar a conocer a los padres los factores de riesgo y preventivos del SMSL para reducir la tasa de este acontecimiento.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Arnau Vives M.A., Giner Blasco J., Izquierdo Macián M.I., Molina Aguilar P., “*Libro Blanco de la Muerte Súbita Infantil: Abordaje multidisciplinar de la muerte súbita infantil*”. [Internet]. 3º Ed. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2013 [Consultado 11 noviembre 2019]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/libro_blanco_muerte_su_bita_3ed_.pdf
2. Raab C. P., “*Síndrome de muerte súbita del lactante*”. [Internet]. Sidney Kimmel Medical College at Thomas Jefferson University; 2017 [Consultado 3 enero 2020]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/pediatría/trastornos-diversos-en-lactantes-y-niños/síndrome-de-muerte-súbita-del-lactante-smsl>
3. Zapata-Sampedro M.A., Castro-Varela L., Tejada-Caro R.: “*Muerte súbita del lactante y ambientales*”. Educación sanitaria. Enfermería Docente Granada. 2015; (103): 38–39
4. Psaila K., Foster J.P., Pulbrook N., Jeffery H.E.: “*Infant pacifiers for reduction in risk of sudden infant death syndrome*”. Cochrane database of systematic reviews [Internet]; 2017, Issue 4. [Consultado 3 enero 2020]
5. Mena Tudela D., Sánchez Reolid J.: “*Uso del chupete y efectos sobre la salud: una revisión de la literatura*”. Revista Rol de Enfermería.;2019;42(2):14–22
6. Möllborg P.: “*Sudden infant death syndrome-epidemiology and environmental factors. Prevention is still a challenge*”;2016. 120.
7. Navío C., Miranda, M.D., Rodríguez V.: “*Uso del chupete durante la lactancia materna*”. Trances 2014, 6(6): 485-490
8. Moon R.Y., Tanabe K.O., Yang D.C., Young H.A., Hauck F.R.: “*Pacifier Use and Sids: Evidence for a Consistently Reduced Risk*”. Maternal and Child Health Journal [Internet]. 20 abril 2012 [Consultado 29 diciembre 2019];16(3):609–14
9. Buñuel Álvarez J., Cuervo Valdés J.J.: “*La lactancia materna se asocia a menor riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante*”. Evid Pediatr. España. 2011; 7: 61
10. Alm. B., Wennergren G., Möllborg P., Lagercrantz H.: “*Breastfeeding and dummy use have a protective effect on sudden infant death syndrome*”. Acta

- pediátrica. Suecia. 2016; 105: 31-38. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26175065> [Consultado 3 enero 2020]
11. Hauck F.R., Thompson J.M.D., Tanabe K.O., Moon R.Y., Vennemann M.M.: “*Breastfeeding and Reduced Risk of Sudden Infant Death Syndrome: A Meta-analysis. Pediatrics*” [Internet]. 2011; 128 (1). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21669892> [Consultado 29 diciembre 2019]
 12. Thompson J.M.D., Tanabe K., Moon R.Y., Mitchell E.A., McGarvey C., Tappin D., et al.: Duration of breastfeeding and risk of SIDS: An individual participant data meta-Analysis. *Pediatrics*. 2017;140(5)
 13. Landa Rivera L., Díaz-Gómez M., Gómez Papi A., Paricio Talayero J. M., et al.: “*El colecho favorece la práctica de la lactancia materna y no aumenta el riesgo de muerte súbita del lactante: Dormir con los padres*”. *SciELO España* [Internet]. 2012; 14: 53-60. [Consultado 23 diciembre 2019]
 14. Colecho, síndrome de muerte súbita del lactante y Lactancia Materna. Recomendaciones actuales de consenso | Asociación Española de Pediatría [Internet]. [Consultado 29 diciembre 2019]. Disponible en: <https://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/documentos/colecho-sindrome-muerte-subita-lactancia-materna-consenso>
 15. Möllborg P., Wennergren G., Almqvist P., Alm B.: “*Bed sharing is more common in sudden infant death syndrome than in explained sudden unexpected deaths in infancy*”. *Acta pediátrica*. [Internet]. 2015;104(8):777–83. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25865748> [Consultado 3 enero 2020]
 16. Ortega Páez E., Molina Arias M., “*¿Aumenta el colecho el riesgo de muerte súbita del lactante?*”. *Evid en Pediatr. España*. 2013;9(64):2–5
 17. Carpenter R., McGarvey C., Mitchell E.A., et al.: “*Bed sharing when parents do not smoke: Is there a risk of SIDS?*”. An individual level analysis of five major case-control studies”. *BMJ Open* [Internet] 2013;3: e002299.
 18. Adams S.M., Ward C.E., Garcia K.L.: “*Sudden Infant Death Syndrome*”. *Journal of Paediatrics and Child Health. Am Fam Physician*. 2015; 91 (11): 778-783

19. Cinta Palomo I.M., Leo Rodríguez M.R., Márquez Carrasco A.M.: “*Muerte súbita primaria Prevención*”. 2018;(110):64–72
20. Sánchez Ruiz-Cabello J., Ortiz González L.C., Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia: “*Síndrome de la muerte súbita del lactante (parte I). Factores de riesgo*”. Rev Pediatr Aten Primaria. España. 2013; 15: 361-70